

1895-96

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N^o 4

DES
MÉTRORRHAGIES

Chez les Jeunes Filles à l'époque de la Puberté

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 Décembre 1896, à 4 heures

PAR

Ferdinand-Théodore LAMY

Né à Huningue (Haut-Rhin), le 9 Mars 1855

Examinateurs : { MM. HEYDENREICH, *President*.
WEISS, professeur
FÉVRIER, agrégé.
FROELICH, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1896

1896-97
1895-96

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N^o 4

DES
MÉTRORRHAGIES

Chez les Jeunes Filles à l'époque de la Puberté

—
THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 Décembre 1896, à 4 heures

PAR

Ferdinand-Théodore LAMY

Né à Huningue (Haut-Rhin), le 9 Mars 1855

Examineurs : { MM. HEYDENREICH, *Président.*
WEISS, professeur.
FÉVRIER, agrégé.
FROELICH, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I O.

Doyen honoraire : M. TOURDES, O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O *, I O.

HERRGOTT *, I O, HECHT *, I O, BEAUNIS *, I O.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, *, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, *, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I O, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements...	M. A. HERRGOTT, I O, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I O, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I O, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT I O, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I O, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A O, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne.	M. SIMON, I O, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A O, professeur.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, I O, agrégé libre, ch. du c.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. P. PARISOT, A O, agr. libre, ch. du c.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A O, agrégé, ch. du c.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées....	M. FÉVRIER, A O, agrégé, ch. du cours.
Accouchements	M. SCHUHL, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies mentales.....	M. N.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A O.
HAUSHALTER, A O.
FÉVRIER, A O.
ETIENNE.

MM. ZILGIEN.
GUILLOZ.
FROELICH.

MM. SCHUHL.
JACQUES.
LAMBERT.

AGRÉGÉS LIBRES : M. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I O, ROHMER, I O.
VAUTRIN, A O, REMY, A O, P. PARISOT, A O.

M. F. LAMBERT DES CHILLEULS *, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MA FEMME

A MON FILS

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Le sujet que nous allons traiter, tout intéressant qu'il soit aussi bien en pratique qu'en théorie, n'est pas cependant un de ceux qui aient été le plus étudiés.

Les documents même sont rares sur la question. Nous avons pu nous en procurer quelques-uns. Notre isolement à la campagne d'une part, le peu de temps dont nous disposions d'autre part, ne nous ont pas permis de nous étendre sur la question aussi longuement que nous l'aurions désiré. D'autre part, ce n'est que dans une pratique spéciale, telle que celle qui se fait dans un service de gynécologie, que l'on a l'occasion de rencontrer des faits de la nature de ceux que nous nous proposons de passer en revue.

On voudra donc bien, pour ces raisons multiples, nous pardonner l'insuffisance de ce travail.

C'est M. le professeur agrégé Frœlich qui nous en a suggéré l'idée lui-même dans un travail documenté auquel nous aurons occasion de recourir et qu'il a bien voulu nous confier : Qu'il accepte ici

toute notre gratitude pour son amabilité et les excellents conseils qui nous ont permis de mener à bonne fin notre tâche.

M. le professeur Frœlich a, entre autres, mis en lumière deux causes d'hémorrhagies génitales chez les vierges. Nous passerons en revue toutes les autres et, après les avoir citées, nous dirons comment on peut les reconnaître, puis y remédier.

Notre travail se divisera en plusieurs chapitres :

I. — Historique.

II. — Anatomie pathologique et Pathogénie.

III. — Symptomatologie et Diagnostic.

IV. — Complications et Pronostic.

V. — Traitement.

Avant d'entamer notre sujet, nous sommes heureux d'offrir nos remerciements à M. le Doyen de la Faculté, M. le Professeur Heydenreich, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Ainsi que nous l'avons dit, les documents sont peu nombreux sur le sujet qui nous occupe.

Une des causes les plus fréquentes de métrorrhagies chez les jeunes filles encore vierges est l'inflammation de l'utérus, qui survient à la suite de l'apparition des premières règles, en raison de la congestion de cet organe où s'établit une nouvelle fonction physiologique.

Aussi la métrite de la vierge est-elle une affection relativement fréquente dont Bennett, en 1849, ne rapportait pas moins de 23 cas sur 300 affections utérines diverses qu'il avait observées au Western General Dispensary de Londres ; soit une proportion de 7,66 pour 100.

Observée par Obre, Whitehead, Courty, Duparcque, Aran, Nouat, Gallard, qui fit même sur ce sujet une leçon de clinique spéciale, puis par Delché, cette même affection fit l'objet d'une étude

d'ensemble remarquable dans la thèse, parue en 1887, de Bouton, élève de Pozzi.

En 1895, paraît la thèse de Villate de Penfeilloux, qui a étudié plus spécialement la métrite chez les nullipares.

Mais tous ces auteurs n'ont pas signalé une forme de métrite spéciale sur laquelle Condamien, de Lyon, a appelé l'attention et qu'il a désignée sous le nom de « métrite hémorrhagique fouguese ». Cette lésion a fait l'objet d'une étude spéciale de la part de Latour, qui y a consacré sa thèse soutenue à Lyon en juillet 1896.

Nous aurons souvent occasion de recourir à ce travail. L'auteur y insiste sur ce fait qu'il est de nécessité absolue, chez la vierge comme chez la femme en pleine activité sexuelle, de faire un traitement rationnel et méthodique : le curettage.

A côté de ces travaux que nous venons de citer, il faut rapporter surtout la monographie très importante que M. le Professeur agrégé Frœlich a préparée en vue du dernier congrès de chirurgie à Paris en 1896. Ses conclusions, très nettes, méritent d'être retenues :

« Il existe, dit M. Frœlich, parmi les jeunes filles qui, au moment de la puberté, souffrent d'hémorrhagies utérines, deux catégories de malades.

« Les unes sont chlorotiques et anémiées au moment où la menstruation s'établit : celle-ci n'est normale ni par sa durée, ni par son abondance.

L'écoulement sanguin est, en général, peu considérable, mais dangereux par sa persistance et surtout par la chlorose dont il est un épiphénomène.

« La dernière catégorie de malades comprend les jeunes filles dont l'état général est excellent au moment des premières règles ; mais celles-ci, par leur transformation en ménorrhagies persistantes et très abondantes, altèrent la santé assez rapidement. Dans ces cas, c'est une lésion locale qui est la cause des pertes sanguines. Cette lésion est une hypertrophie du col avec métrite fongueuse. Cette métrite fongueuse est localisée au col, qui est allongé dans des proportions souvent énormes.

« Le traitement de la première catégorie de malades sera purement hygiénique et reconstituant ; c'est à la chlorose, cause des ménorrhagies, qu'il s'adressera.

« Le traitement de la deuxième catégorie de malades sera local et opératoire. Il consistera en un curettage et une ablation du col utérin. Le curettage seul est insuffisant à cause de la profondeur des lésions inflammatoires sur le col. Ce traitement est d'une efficacité et d'une bénignité remarquables comme le prouvent nos interventions. »

Le 28 octobre 1896, à la Société médicale des hôpitaux, M. Comby fait à son tour une communication sur les hémorrhagies dans la vulvovagi-

nite des petites filles. Les unes sont dénuées de toute spécificité et relèvent d'un microbe banal comme le streptocoque, le staphylocoque ou le coli-bacille : les autres sont spécifiques et reconnaissent pour agent pathogène le gonocoque. Ce sont ces dernières qui peuvent donner lieu à des hémorrhagies par la production, au niveau du méat urinaire, de bourgeons charnus, très vasculaires, qui saignaient au moindre frottement. Ces observations n'ont d'importance qu'au point de vue du diagnostic de l'affection qui nous occupe.

Dans son traité de gynécologie, Pozzi fait également ressortir des faits de ce genre et relate des cas de vaginite des petites filles et des vierges pouvant être le résultat d'une infection blennorrhagique méconnue ou même d'une inflammation non spécifique due, vraisemblablement, au développement de simples saprophytes chez les enfants affaiblis, ou dont l'hygiène est négligée.

Nous aurons, plus loin, à nous étendre davantage sur toutes ces causes et nous puiserons largement aux sources que nous venons de citer.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique et Pathogénie.

Les hémorrhagies qui surviennent chez les petites filles au moment de l'établissement des règles n'ont pas jusqu'ici attiré, comme elles le mériteraient, l'attention des gynécologistes. Certains traités spéciaux n'en parlent pas et d'autres se bornent à les signaler.

Cependant, il s'agit là d'un symptôme fréquent, grave, divers dans ses manifestations et dont l'étiologie et la pathogénie sont loin d'être toujours les mêmes.

Nous n'avons nullement en vue les ménorrhagies que pourraient occasionner chez les petites filles, comme chez les adultes, mais plus rarement, une lésion connue des ovaires, des trompes, de l'utérus, de l'urèthre même, tel que le prolapsus de la muqueuse de ce conduit, mais uniquement les pertes de sang que nous appellerons essentielles jusqu'au moment où nous aurons dé-

fini leur pathogénie et reconnu leur substratum anatomique ; pertes de sang qui accompagnent les premières règles.

Chez les petites filles de 12 à 16 ans, âge où s'établit normalement la menstruation, il n'est pas rare de voir survenir des hémorrhagies utérines. La quantité de sang perdu est variable ; tantôt l'écoulement est très abondant pendant deux à trois jours, puis il est remplacé par un simple suintement sanguinolent qui persiste quelques jours ou quelques semaines ; puis une nouvelle hémorrhagie inquiétante éclate.

Ces alternatives de pertes sanguines, tour à tour par gouttes ou cataclysmiques, se prolongent pendant des mois, des années même, et finissent par affaiblir énormément celles qui en souffrent. Elles arrivent au dernier degré de l'anémie.

Mais si l'on examine au début de l'affection les patientes, on est frappé de la différence de leur constitution suivant les cas. Il y a, sous ce rapport, deux camps bien tranchés : tantôt elles sont pâles, les traits tirés, les yeux cernés, très amaigries, malingres ; ou bien encore elles sont chargées de tissu adipeux, bouffies, jaunes de teint, avec des palpitations et de l'anhélation. Ce sont des chlorotiques.

Tantôt, au contraire, et nous parlons toujours du stade initial de l'affection, elles sont en parfaite santé, robustes, avec des chairs fermes, des couleurs fraîches, une respiration et une circulation

normales. Mais à mesure que les hémorrhagies se prolongent, l'état général se modifie et, au bout de quelques mois, l'aspect de ces jeunes filles devient identique à celui des malades de notre première catégorie.

Tout d'abord, et nous tenons à insister sur ce fait, la santé générale est excellente au moment où les pertes de sang apparaissent : elles ne sont primitivement ni chlorotiques, ni anémiées ; mais leur santé physique et morale s'altère rapidement par suite de la quantité de sang perdu et de la préoccupation que leur occasionnent la persistance et l'abondance de l'hémorrhagie. Elles deviennent anémiques parce qu'elles saignent continuellement.

Au contraire, dans la première catégorie de malades dont nous avons parlé, il semble qu'une dyscrasie générale, la chlorose ou toute autre affection anémiante, se manifeste entre autres symptômes par des écoulements utérins, comme elle pourrait le faire par des épistaxis.

De l'étude seule de la différence dans la constitution générale des jeunes filles au moment où les pertes utérines s'établissent, il paraît résulter que, dans un cas, nous avons affaire à une affection débilitante dans laquelle les hémorrhagies ne sont qu'un épiphénomène ; dans l'autre, au contraire, la santé ne se modifie que comme conséquence d'un écoulement sanguin trop considérable qui est sous la dépendance non d'une affection générale, mais d'une lésion locale.

Cette lésion locale, quelle est-elle ?

Les observations que nous publions plus loin sont de nature, croyons-nous, à élucider cette question.

Dans trois de ces observations, dues à l'obligeance de M. Frœlich, nous voyons des hémorrhagies utérines très abondantes survenant au moment de la puberté chez des jeunes filles de 13 à 15 ans, tout d'abord en très bonne santé, amener un état d'affaiblissement et d'anémie inquiétant.

Ces pertes résistent au traitement général et local habituel, et, à l'examen, M. Frœlich a constaté, dans les trois cas, une hypertrophie du col utérin, un allongement excessif en longueur de ce même col et des fongosités à sa surface.

Nous sommes en droit d'attribuer à ces lésions locales les hémorrhagies, d'autant plus que leur guérison les a fait cesser.

Anatomiquement, l'affection se manifeste donc : par une augmentation de profondeur de la matrice, augmentation de 5 à 8 centimètres sur la normale ; par un ramollissement extraordinaire, une sorte d'avachissement du tissu utérin ; enfin, par la transformation de la muqueuse du col en fongosités exubérantes, macroscopiquement semblables à du tissu néoplasique.

La caractéristique de la lésion anatomique de ces cas est donc : un allongement hypertrophique du col avec métrite fongueuse localisée au col.

Les fongosités que l'on constate, dans ces cas,

ne diffèrent en rien de celles que l'on rencontre dans les métrites granuleuses de la femme en pleine activité génitale. Aussi, nous les décrirons brièvement au point de vue anatomo-pathologique.

Le col de l'utérus est surtout malade, le corps est relativement sain. La muqueuse n'a plus la surface lisse et la raideur spéciale qu'elle présente à l'état normal. Elle apparaît boursouflée, vileuse, d'une teinte uniformément gris blanchâtre.

Les végétations de cette forme spéciale sont peu volumineuses, tantôt mollasses, tantôt dures et résistantes, criant au contact de la curette.

La congestion vasculaire de tout le tissu cervical est intense.

Au microscope, on peut reconnaître des végétations glandulaires, formées par les glandes dilatées et hypertrophiées avec conservation de leur épithélium, des végétations embryonnaires, constituées par du tissu embryonnaire avec de rares vaisseaux, et des végétations vasculaires composées de vaisseaux souvent extrêmement dilatés.

Ces désordres reconnaissent à peu près les mêmes causes que la métrite ordinaire.

Bien que la porte soit moins largement ouverte à l'infection microbienne, puisqu'il n'y a ni rapprochements sexuels, ni accouchements, ni avortements, et sans vouloir invoquer le microbisme latent (Verneuil), l'auto-infection de Winter qui admet dans l'utérus normal la présence de germes

pathogènes, il est probable que l'invasion microbienne joue le plus grand rôle dans le développement de cette affection.

« C'est à une origine microbienne, dit Schröder, qu'il convient d'attribuer les métrites chroniques que l'on rencontre chez les nullipares qui n'ont jamais été atteintes de blennorrhagie et même chez les jeunes filles encore vierges.

Des agents phlogogènes peuvent même, dans ces conditions, pénétrer dans la cavité utérine, et il n'est pas douteux que cette pénétration ne soit souvent le résultat de manœuvres de masturbation. »

Des vulvites et vulvo-vaginites chez des petites filles peuvent également entraîner des pertes sanguines. Certaines de ces affections sont dénuées de spécificité, les autres sont dues au gonocoque.

Les premières n'ont aucune gravité ; les secondes sont tenaces et fertiles en complications. En effet, elles ne restent pas cantonnées à la vulve ; elles progressent par l'urèthre vers la vessie, et par le vagin, vers l'utérus, les trompes, le péritoine.

Trois fois, cette année, M. Comby a été appelé à soigner, à l'hôpital, des fillettes de deux ans et demi, six ans, huit ans, qui présentaient des hémorrhagies vulvaires inquiétantes. On avait d'abord fait le diagnostic de métrorrhagie ou menstruation précoce.

Mais un examen attentif permit de redresser

cette erreur, et d'abord l'hémorrhagie avait succédé à une vulvo-vaginite, avec pus épais, empestant la chemise. Ensuite, quand on écartait les grandes lèvres, on voyait que l'hymen était intact, que le sang ne venait pas du vagin. On apercevait, au niveau du méat urinaire, des bourgeons charnus très vasculaires, qui saignaient au moindre frottement. En enfonçant une sonde au milieu de ces bourgeons, on pénétrait dans la vessie. Il s'agissait donc d'une métrorrhagie compliquant la vulvo-vaginite.

Sous le nom de prolapsus de l'urèthre chez les petites filles, M. Broca avait signalé des faits analogues ayant nécessité une intervention chirurgicale.

La vaginite des petites filles et des vierges peut être le résultat de l'infection blennorrhagique méconnue ; alors, ordinairement le vagin a été mis en état de réceptivité par un exanthème, rougeole, scarlatine, etc., qui a affaibli tout l'organisme et desquamé l'épithélium.

V. Dusch (Ueber die infectiose Kolpitis Kleiner Mædchen, Deutsche Med. Wochenschr., 1888, n° 41), a observé à l'hôpital de Heidelberg de nombreux cas, dans la moitié desquels il a pu constater, par une enquête attentive, qu'il y avait eu contagion venue des parents, des frères ou des sœurs : les « épidémies de maison » n'ont pas d'autre cause. Il note expressément que les petites filles les plus exposées à l'infection gonorrhéique sont celles qui ont été atteintes de scarlatine.

F. Spaeth (Münchener Med. Wochenschr., 28 mai 1889) fait une remarque identique ; ce qui constitue, alors, la preuve que l'affection est blennorrhagique, c'est la présence du gonococcus dans l'urétrite concomitante. Sur 21 cas de vaginite des petites filles ; il a trouvé dans 14 cas le gonococcus de Neisser : dans aucun des 7 autres cas, il n'existait d'urétrite. Il a pu s'assurer que la contagion s'était produite dans la famille ou à l'hôpital, par le linge, les vêtements, etc.

Pott, de Halle (Congrès de gynéc. de Halle in Centr. f. Gyn. 1888, n° 26), a observé dans ces douze dernières années 86 cas de vulvo-vaginite sur un total de 8,481 petites filles qu'il a examinées, savoir : avant 5 ans, 56 cas ; de 5 à 10 ans, 23 cas ; de 10 à 15 ans, 7 cas. Cette affection était blennorrhagique, car l'examen fait par Cséri et Israël a démontré des gonococcus.

Il ne croit pas à la fréquence de l'inoculation par viol, mais bien à la contamination par les draps de lit, quand les parents et les frères aînés couchent avec les enfants ; cette inoculation se fait ainsi bien plus facilement chez les petites filles que chez les petits garçons.

Prochownick (Congrès gynéc. de Halle in Central f. Gyn. 1888, n° 26), sur 21 cas de blennorrhagie de petites filles, a trouvé 17 fois le gonococcus.

Mais il existe une vaginite non spécifique, due vraisemblablement au développement de simples

saprophytes, chez les enfants affaiblis, ou dont l'hygiène est négligée. Pozzi, dans son traité de gynécologie, a indiqué le rôle éventuel des oxyures chez les petites filles, et de l'étroitesse de l'orifice hyménal chez elles et chez les femmes vierges. On pourrait comparer son action prédisposante à celle du phimosis congénital dans la production de la balanite pour le sexe masculin.

« L'utérus est capricieux comme les femmes », dit d'autre part le professeur Pajot. Pourquoi l'est-il ? Les théories microbiennes en donnent la raison.

L'établissement de la menstruation dans un organe mal préparé à ses nouvelles fonctions physiologiques ne favorise-t-il pas aussi l'infection par ces germes ?

C'est là la véritable cause occasionnelle, et toutes les observations que nous avons publiées nous font voir que cette affection date toujours de l'apparition des premières règles, au plus tard des quelques époques menstruelles suivantes.

Mais il est d'autres causes secondaires qu'il nous faut signaler : les traumatismes dont nous publions un cas (observation de Whitehead) et, dans le même ordre d'idées, les exercices physiques, tels que l'équitation auxquels Bouton joint l'usage de la machine à coudre, à double pédale surtout ; nous pouvons ajouter l'usage de la bicyclette.

La chloro-anémie a été souvent incriminée, mais elle semblerait plutôt postérieure et non antérieure

à l'affection, au moins dans un certain nombre de cas.

Toutefois, dans deux des observations que nous citons, les malades présentaient des antécédents scrofuleux (ophtalmie, engorgement ganglionnaire), ce qui semblerait donner raison aux théories de Martineau sur la métrite constitutionnelle: Notons encore que les malades des observations étaient souvent chétives et paraissaient au-dessous de leur âge.

CHAPITRE III

Symptomatologie et diagnostic

Il est des troubles de la menstruation caractérisés par l'abondance, la durée et les irrégularités de cette fonction, s'observant assez fréquemment chez les jeunes filles à l'époque de la nubilité ou à son voisinage. Un traitement général aidé de l'hydrothérapie est institué, on patiente et les fonctions périodiques se régularisent avec le développement de l'organisme.

C'est une catégorie de malades qui relève exclusivement de l'hygiène et de la médecine.

Mais il est des jeunes filles vierges chez lesquelles ces troubles fonctionnels revêtent une allure inquiétante ou tout au moins décourageante par leur durée indéterminée. Ils ont résisté à des traitements variés ; aussi ces traitements, les passer en revue n'apprendrait rien. Il est préférable de les condamner tous après les avoir employés pendant six mois ou un an et constaté leur absolue inefficacité.

Aussi quand des hémorrhagies cataméniales irrégulières apparaissent chez une jeune fille, après les avoir surveillées et traitées médicalement un temps convenable, il faut changer de méthode. En effet, ces pertes de sang souvent interrompues par des trêves plus ou moins longues d'aménorrhée de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, pour reparaître ensuite, sont dues à des fongosités de la muqueuse du corps et du col de l'utérus.

Ces fongosités n'ont rien de spécial dans la métrite virginale. Elles ne rétrocedent pas, bien entendu, durant les stades d'aménorrhée, puisque les hémorrhagies reparaissent ensuite. Il semble cependant que les pertes sont relativement moins continues que dans les métrites hémorrhagiques des femmes jeunes ou adultes succédant à diverses affections utérines ou péri-utérines. En effet, l'établissement récent de la menstruation chez les vierges avec les hésitations de la fluxion périodique peuvent déterminer quelques modifications dans la variabilité de l'hémorrhagie due aux fongosités utérines.

Toujours est-il que si l'on n'est prévenu, on a quelque peine à admettre que ces métrorrhagies et ménorrhagies des jeunes filles, avec de longues pauses d'aménorrhée sont sous la dépendance d'une métrite interne granuleuse spontanée et persistante, alors même que les hémorrhagies ne le sont pas.

M. Laroyenne a observé huit jeunes filles vierges,

de quatorze à dix-huit ans, qui n'avaient pas présenté de troubles accidentels ayant amené l'arrêt ou l'augmentation des règles avec phénomènes aigus. Toutes, depuis un à trois ans, étaient affectées de pertes non précédées de chloro-anémie primitive évidente. Leur déchéance organique, quand elle existait, ne s'était révélée qu'à la suite de la dysménorrhée et de l'ennui qu'elle leur causait.

Au toucher, le col était moins ferme qu'il aurait dû l'être, et chez deux d'entre elles existait une antécoudure légère siégeant, non au niveau de l'isthme, mais entre l'orifice interne et l'orifice externe.

Cette disposition, qui n'est pas absolument rare, ne pouvait apporter qu'une gêne peu marquée à l'issue du sang et paraissait étrangère à l'étiologie de l'endométrite granuleuse. Deux de ces malades sont devenues enceintes.

Ces métrites virginales n'ont pas échappé à Pozzi, et Bouton, qui leur a consacré sa thèse, donne le conseil de dilater graduellement la cavité utérine pour arriver à l'exploration digitale et faire le diagnostic de polypes ou de granulations. Néanmoins il vaut mieux se passer de cette dilatation, attendu que ces utérus vierges présentent une petite capacité et se laissent péniblement dilater à ce point.

D'ailleurs le diagnostic de métrite granuleuse est suffisamment établi par la persistance des

métrorrhagies et des ménorrhagies sans coexistence d'une pseudo-métrite annexielle qui serait capable à elle seule d'expliquer les pertes sanguines.

En résumé, Laroyenne a voulu insister, dans ce qui précède, sur cette variété de métrite virginale que permettent de diagnostiquer des hémorrhagies survenant sans cause péri-utérine et, pour ainsi dire, sans raison.

Ces hémorrhagies ne sont pourtant ni essentielles ni dyscrasiques, à moins d'admettre que la dyscrasie soit cette inconnue qui a présidé au développement des fongosités, caractère anatomo-pathologique de l'affection.

Si nous passons en revue les symptômes de cette affection de la vierge, cause principale des métrorrhagies qui font l'objet de cette étude, nous voyons que le tableau clinique de ces symptômes ne présente que de légères différences avec le tableau classique de la métrite vulgaire.

Ce sont en effet : de la douleur, des pertes sanguines utérines, de la leucorrhée et les mêmes symptômes généraux et de voisinage.

La douleur, presque toujours constatée, est intermittente, spontanée. Exagérée par la pression, elle siège principalement dans la région lombaire et la fosse iliaque gauche sans qu'on en puisse expliquer la cause. Elle est plus vive au moment des règles, après les exercices violents, les promenades en voiture et en chemin de fer.

Les métrorrhagies sont caractérisées par l'époque de l'apparition. Elles coïncident avec les premières règles, apparaissent rarement au-delà de la troisième époque. Elles sont continues pendant plusieurs mois, plus ou moins abondantes, peuvent cesser pendant longtemps. Les règles sont même supprimées, sans que pour cela on puisse supposer que les fongosités rétrocedent. Quelquefois elles sont remplacées par un léger suintement sanguinolent qui persiste pendant quelques jours ou quelques semaines.

D'autres fois il y a recrudescence de l'hémorrhagie au moment des époques menstruelles.

Le sang est rouge ou rose vif et contient parfois des débris de fongosités.

La leucorrhée a pu être observée, mais rarement.

Les symptômes de voisinage sont plus ou moins accentués. L'on observe du ténesme vésical, de la constipation, de la dyspepsie.

Le système nerveux est très affecté. Les malades sont très impressionnables, sans qu'on ait noté toutefois des symptômes d'hystérie bien caractérisés.

Les symptômes généraux sont, au contraire, très marqués. La température ne s'élève pas au-dessus de la moyenne, mais la malade perd ses forces, mange peu et maigrit.

Si les pertes sont continues, elle devient chloro-anémique : pâle, les traits tirés, les yeux cernés,

malingre ; ou bien encore la malade est chargée de tissu adipeux, bouffie, jaune de teint, avec des palpitations et de l'anhélation. Mais cette chloro-anémie est rarement primitive.

Le diagnostic se fera à l'aide des signes physiques souvent difficiles à constater, car la malade se prête difficilement à l'examen.

Le palper abdominal révèle souvent la douleur et le doigt introduit dans le vagin avec des précautions sur lesquelles nous insisterons dans le chapitre réservé au traitement peut ramener parfois des débris de fongosités qui mettront sur la voie du diagnostic. Avec le toucher intra-utérin et la constatation de l'état du col au moyen du doigt, l'on ne pourra plus conserver de doute sur la nature de l'affection.

D'autre part, le diagnostic sera confirmé lorsque tout traitement médical sera resté impuissant.

Dans le chapitre deuxième, nous avons décrit certaines affections, la vulvite et la vulvo-vaginite chez les petites filles, offrant des symptômes analogues à ceux que nous venons de passer en revue. Dans certaines observations de M. Comby, le diagnostic de métrorrhagie ou de menstruation précoce avait d'abord été fait : mais un examen attentif avait permis de redresser cette erreur.

Nous avons montré quelle était la genèse de la vaginite des petites filles et des vierges.

Nous avons cité un cas de prolapsus de l'urèthre, volumineux et irréductible, dans lequel M. Broca a dû intervenir chirurgicalement,

Mais d'autres affections, que nous allons passer rapidement en revue, pourraient faire errer le diagnostic.

Comme elles sont du domaine des organes génitaux, nous allons les citer en commençant par la hernie de l'ovaire.

Le diagnostic de l'ovariomie présente souvent les plus grandes difficultés. Les phénomènes menstruels qui la révèlent sont le principal élément du diagnostic, mais ne suffiraient pas absolument et c'est dans une exploration attentive qu'il faut chercher une certitude.

« Un excellent signe, dit M. Tillaux, presque pathognomonique, est le suivant : l'utérus est, en général, en antéversion, lorsqu'il est attiré par l'ovaire. Le doigt introduit dans le vagin permet de se rendre compte du déplacement. »

Le toucher rectal est également un excellent moyen d'investigation.

Il est une forme d'ovarite qui s'installe sourdement, subit des poussées de plus en plus fortes à chaque période menstruelle, et chacune de ces poussées est suivie, après les règles, d'une rémission relative. Cette forme s'accompagne très souvent de ménorrhagies abondantes et même de métrorrhagies : Schoenlein insiste sur ce point, dont l'explication se trouve peut-être dans l'hypérémie ovarienne qui précède parfois l'apparition de l'ovarite et dans un peu de métrite concomitante.

Quel que soit le début et les difficultés d'asseoir tout d'abord un diagnostic précis, voici les signes qui révéleront l'état inflammatoire de l'ovaire.

C'est tout d'abord la douleur ; elle siège sur une ligne qui irait de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la symphyse pubienne au-dessus de l'arcade de Fallope ; mais elle ne reste pas bornée à cette ligne et s'irradie dans différentes directions, aux cuisses, à l'épigastre, au périnée, à la vessie.

L'intensité de cette douleur est très variable depuis ces tiraillements douloureux qui accompagnent la dysménorrhée jusqu'à la douleur péritonéale, si forte qu'elle empêche toute exploration physique et rend la miction et la défécation horriblement pénibles. Les malades sont souvent courbées en deux pour atténuer la douleur que le redressement exaspère. Cette douleur est généralement pongitive et peut devenir lancinante quand se prépare un abcès.

Tous les auteurs ont décrit l'état de langueur, d'abattement, de découragement où cette souffrance jette les malades. Obligées de garder le lit ou la chambre, anémiées, elles arrivent à un état d'irritabilité qui est moins dû à la nature de la lésion qu'à ses conséquences.

Dans les ovarites survenues à la suite d'une suppression de règles, Chéreau signale le brisement des membres, la céphalalgie, la soif, les troubles digestifs. Ces mêmes troubles digestifs

peuvent survenir à la longue sous l'influence de l'anémie, la constipation, du séjour au lit.

Quand on pratique le toucher vaginal, on trouve le vagin chaud, tantôt sec, tantôt lubrifié, l'utérus un peu immobilisé à cause des adhérences qui se sont produites, le cul-de-sac latéral, plus souvent le cul-de-sac postérieur comblé et douloureux. Pour bien faire, il faudrait que la malade fût debout et qu'on pût saisir, entre le doigt introduit dans le vagin et la main placée sur l'abdomen, l'ovaire tuméfié ; mais cette manœuvre n'est pas toujours possible.

Le toucher rectal renseignera également bien, puisque l'ovaire tombe souvent dans le cul-de-sac postérieur.

En parlant de l'ovarite chronique, nous ne reviendrons pas sur le symptôme douleur : il est le même, à la violence près, que dans l'ovarite aiguë. Cette douleur s'augmente sous l'influence de la marche, du redressement, des règles, surtout dans les cas où l'ovaire est tombé, ce qui est presque la règle, dans le cul-de-sac postérieur.

Les hémorrhagies sous forme de menstrues profuses font partie du cortège habituel de la maladie et en sont même l'un des éléments de diagnostic le plus important. Lawson attire l'attention à ce sujet ; les hémorrhagies qu'on ne peut expliquer autrement sont très souvent le résultat de l'ovarite chronique qui doit alors être recherchée. Elles sont dues non pas tant à l'ovaire lui-même, qui a

bien peu de chose à faire du reste avec l'hémorrhagie menstruelle qu'à la métrite du fond de l'utérus et à l'inflammation des trompes qui l'accompagne.

La grande différence clinique d'avec l'ovarite aiguë est la prédominance des symptômes locaux sur les symptômes généraux, qui sont beaucoup atténués.

Il est une affection, sous la dépendance de l'ovaire, que l'on a désignée sous le nom de névralgie de l'ovaire, que Churchill a appelé irritation ovarienne et Gallard ovarialgie.

Cette douleur peut succéder à des troubles menstruels, à une perturbation dans les règles ; mais ces accidents peuvent aussi bien n'être que consécutifs. Parfois, en effet, la névralgie est la première en cause et résulterait d'irritations réflexes dont le point de départ est dans les voies génitales et surtout dans les lésions du col utérin.

La névralgie ovarique paraît siéger plus souvent à gauche qu'à droite, ce que Simpson attribue au voisinage du rectum.

La douleur, symptôme capital de cette affection, survient brusquement et prend tout de suite un caractère excessif d'acuité ; elle peut de même disparaître et se reproduire avec ou sans causes accidentelles. C'est là son principal caractère, elle survient par crises, par accès.

En procédant à l'examen, on trouve un certain nombre de points névralgiques, comme dans toutes

les névralgies, point lombaire au niveau des apophyses transverses des vertèbres lombaires, point iliaque au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, point inguinal, au-dessous et en-dehors de l'arcade de Fallope, etc. Gallard regarde le point iliaque comme le plus important et le plus fréquent, contrairement à Beau, qui, d'après Axenfeld, attribuait au point inguinal cette prééminence.

L'aménorrhée et la disménorrhée peuvent résulter de l'ovarialgie, de même que les métrorrhagies et l'état d'anémie et d'épuisement qui en dérive.

Il existe une affection, la salpingite aiguë, qui ne se révèle souvent que par des symptômes si légers qu'elle passe inaperçue ; il y aurait une forme catarrhale, plus particulière aux jeunes filles, débutant sous l'influence d'un refroidissement, s'accusant par un léger frisson, de la gêne dans le bassin, un peu de douleurs et de gonflement.

Bien qu'elle soit plus commune chez les adultes, dans la période d'activité génitale, de vingt à trente-six ans, l'inflammation des oviductes peut cependant se produire chez la jeune fille, atteinte plus souvent qu'on ne le croit (Giraldès) de métrite du corps ou du col utérin. « On la voit aussi chez les vierges, dit Lawson Tait, qui, après avoir dansé, se sont assises longtemps sur l'herbe humide. » Il faut, tout au moins dans ce cas, nous semble-t-il, à défaut de lésions antérieures, admet-

tre une prédisposition spéciale dont la nature nous échappe.

Voici, d'après Lawson Tait, qui a fait la symptomatologie des salpingites chroniques, les caractères communs à tous les cas :

1^o Une inflammation pelvienne grave intérieure, bien que parfois on ne puisse l'affirmer avec précision ;

2^o De la douleur qui se produit quand la malade prend de l'exercice et qui, généralement, augmente pendant la période menstruelle ; à ce moment, la douleur est souvent déchirante et persiste pendant toute l'époque ;

3^o Dans la majorité des cas, la menstruation est irrégulière, profuse, *et prend souvent le caractère hémorrhagique.*

Les douleurs sont généralement continues ; c'est un sentiment de tension, de pesanteur, s'irradiant dans les lombes, s'exaspérant par la marche. Mais elles sont vives surtout au moment des époques, et l'on se rend assez bien compte de ces exacerbations si l'on réfléchit que la trompe turgescente, à ce moment, subit encore un mouvement d'expansion par les liquides nouveaux qui s'y accumulent. Aussi, dans presque toutes les observations, trouvons-nous signalées ces douleurs cataméniales avec les épithètes d'angoissantes, intolérables, cruelles, etc. (Scanzoni, Krankheiten der Weiblichen Sexualorgane.)

Les règles sont irrégulières, mais reviennent

généralement plus souvent que tous les mois ; elles durent longtemps et sont très abondantes. Elles constituent parfois de véritables hémorrhagies dont on ne trouve pas ailleurs l'explication rationnelle. En dehors des hémorrhagies il existe de la leucorrhée, conséquence de la métrite concomitante.

Sous l'influence de ces douleurs et de ces pertes, les femmes arrivent à un état général de faiblesse, d'épuisement, de nervosisme souvent alarmant.

Le diagnostic se fera par le toucher vaginal, le toucher rectal (Hegar) et même le toucher vésical (Simpson). Mais le toucher est si douloureux qu'on doit parfois soumettre préalablement la malade à l'anesthésie ; elle permettra un toucher combiné, sérieux, impossible autrement.

Il semble, dit le Docteur Poisson, que bon nombre de soi-disant pelvi-péritonites, péri-métrites, hématoécèles péri-utérines ne sont que des salpingites chroniques. L'avenir permettra vraisemblablement d'assurer un diagnostic qui n'est plus une simple question de curiosité depuis que l'ablation des trompes a été rendue possible par les progrès de l'antisepsie.

Parmi d'autres maladies des organes annexiels, il y aurait à citer et à décrire les tumeurs diverses des ovaires et des trompes. Mais comme ces affections ne se constatent que chez les malades adultes, elles ne trouveront pas place dans notre cadre nosologique.

Nous mentionnerons également pour mémoire les déplacements et les tumeurs de l'utérus, même les tumeurs à hémorrhagies abondantes, car elles n'appartiennent pas à l'âge de la puberté.

Nous nous arrêterons, toutefois, à une affection spéciale au sujet que nous traitons, dont nous avons déjà parlé dans cette étude, nous voulons dire l'allongement hypertrophique du col.

Huguier le premier distingua cette affection du prolapsus utérin avec lequel elle avait été jusqu'alors confondue.

Il décrivit deux formes principales d'élongation : celle de la portion sous-vaginale, c'est-à-dire de la partie située au-dessous des insertions du vagin au col, et celle de la partie sus-vaginale située au-dessus de ces insertions. On admet en outre aujourd'hui une hypertrophie du segment moyen, c'est-à-dire de cette partie du col qui est sous-vaginale en arrière et sus-vaginale en avant, par suite de la différence de niveau de l'insertion vaginale sur le col en arrière et en avant.

HYPERTROPHIE SOUS-VAGINALE DU COL.

Il existe une hypertrophie congénitale sous-vaginale du col dans laquelle cet organe est simplement hypertrophié sans aucune altération de sa structure ; l'hypertrophie porte sur tout le col ou sur l'une de ses lèvres et lui donne la forme, soit d'un cône, soit d'un pénis, soit d'un battant de cloche.

Dans l'allongement acquis, les tissus profonds sont également normaux ainsi que la muqueuse ; on ne constaterait dans le parenchyme utérin qu'une exagération du tissu fibreux et de la dilatation des vaisseaux.

Dans certaines métrorrhagies, toutefois, qui surviennent chez les jeunes filles à l'époque de la puberté, cette hypertrophie du col s'accompagne d'une métrite fongueuse de cet organe, ainsi que le prouvent les observations de M. le professeur agrégé Frœlich, consignées dans cette thèse.

Dans l'allongement acquis, le col augmenté de volume transversalement et par en bas est surtout effilé, conique ou cylindro-conique, quelquefois renflé à sa partie inférieure en chou-fleur, en massue, en bec d'oiseau. La forme varie suivant que l'hypertrophie porte plus spécialement sur l'une des lèvres ou sur les deux.

Huguier a fait remarquer que, dans cette hypertrophie, le col conservait ses rapports avec les culs-de-sac vaginaux, et que ceux-ci ne sont que très légèrement abaissés par le fait d'une légère descente de l'utérus.

Les phénomènes accusés par les malades sont les mêmes que dans le prolapsus, tiraillements et douleurs dans les reins et les aînes, douleurs pour s'asseoir, ténesme anal et vésical, leucorrhée, métrorrhagies, tendance aux inflammations péri-utérines.

Le cathéter utérin pénètre à plus de 8 centimètres au lieu de 5 à 6. Ce signe, joint à la liberté

des culs-de-sac vaginaux qui ont conservé leur profondeur, ne permet pas de méconnaître l'allongement hypertrophique du col ni de le confondre avec le prolapsus utérin. En outre, le palper hypogastrique fait reconnaître le fond de l'utérus en situation normale, ou peu abaissé.

L'affection entraîne la dysménorrhée et la stérilité et n'a aucune tendance à guérir spontanément.

HYPERTROPHIE SUS-VAGINALE DU COL.

L'hypertrophie porte sur le segment du col situé au-dessus de l'insertion du vagin, et souvent aussi sur une petite partie du corps située au voisinage de l'isthme. Le col fait saillie à la vulve ; le vagin a en quelque sorte disparu et le toucher montre que les culs-de-sac sont à un ou deux centimètres du museau de tanche. Celui-ci est élargi et béant, faisant saillie plus ou moins loin hors de l'orifice vulvaire.

Cette affection ne saurait guère être confondue qu'avec le prolapsus utérin. Elle s'en distingue par la profondeur de la cavité où la sonde s'enfonce de 10, 12 et même 15 centimètres, par l'absence d'une vraie réduction, par la possibilité de sentir l'utérus à la palpation abdominale et par l'impossibilité de sentir à travers le rectum une sonde introduite dans la vessie et séparée du doigt par toute l'épaisseur du col hypertrophié.

CHAPITRE IV

Complications et Pronostic.

Les jeunes malades qui souffrent de métrorrhagies peuvent appartenir à deux catégories bien différentes.

Dès le stade initial de l'affection, les unes présentent un aspect chétif : elles sont pâles, leurs traits sont tirés, les yeux cernés ; elles sont malingres, émaciées. Ou bien encore, chargées de tissu adipeux, elles présentent un certain embonpoint ; elles sont bouffies, ont le teint jaunâtre et souffrent de palpitations et d'anhélation.

Ce sont des chloro-anémiques.

D'autres, au contraire, sont en parfaite santé, robustes, ont de fraîches couleurs, et jouissent d'une respiration et circulation normales.

Mais, sous l'influence des hémorrhagies utérines qui se prolongent, leur état général ne tarde pas à se modifier et leur aspect devient identique à celui des malades de la première catégorie : elles

deviennent anémiques parce qu'elles saignent continuellement.

Que la chloro-anémie paraisse chez les unes la cause, chez les autres la conséquence de l'affection, toutes finissent par en souffrir. Les pertes incessantes épuisent les malades dont le moral est vivement frappé.

Obligées de garder le lit ou la chambre, leur dépérissement physique et moral augmente ; elles en arrivent à ne plus pouvoir ni parler, ni bouger sans tomber en syncopes, qui deviennent de plus en plus fréquentes jusqu'à ce qu'une syncope plus grave vienne emporter ces malades.

Notons, à côté de ce pronostic très sombre, les multiples complications qui peuvent survenir dans le cours des métrorrhagies qui nous occupent.

Ainsi que nous l'avons dit ailleurs, les vulvites et vulvo-vaginites peuvent se déclarer chez les petites filles ; elles sont dues à la présence dans le conduit vaginal d'agents pathogènes, tels que le gonocoque. Les inflammations produites par ces agents, inflammations auxquelles prédisposent les métrorrhagies, ne restent pas toujours cantonnées à la vulve. Elles peuvent progresser par l'urèthre vers la vessie, déterminant alors une urétrite et une cystite infectieuses ; ou bien, par le vagin, elles gagnent l'utérus, les trompes, le péritoine, entraînant à leur suite l'infection de ces divers organes. La péritonite, ainsi provoquée, peut notamment être d'une gravité toute spéciale.

Des pelvi-péritonites, des péri-métrites peuvent encore s'ajouter à ce cortège d'affections diverses et venir augmenter les chances de perte des malades si un traitement approprié ou, plutôt, une intervention chirurgicale efficace ne vient pas les rappeler à la santé.

CHAPITRE V.

Traitement.

Lorsque, au moyen des signes cliniques et des symptômes physiques que nous avons étudiés, on s'est rendu compte que les hémorrhagies n'étaient dues ni à une lésion annexielle, ni à une vulvo-vaginite, ni à un prolapsus de la muqueuse uréthrale, mais que l'on était bien en présence d'une hémorrhagie de la puberté, il est nécessaire de se rappeler qu'il existe plusieurs catégories de malades et d'établir, avant d'appliquer un traitement, en présence de quelle catégorie l'on se trouve placé.

Nous avons vu que :

1° Chez certaines malades, la chloro-anémie avait précédé les hémorrhagies qui n'étaient alors qu'un épiphénomène de l'affection débilitante dont ces malades étaient atteintes ;

2° Chez d'autres malades, au contraire, le dépérissement était consécutif à des pertes sanguines trop considérables, pertes se trouvant sous la dé-

pendance non d'une affection générale, mais d'une cause locale.

Cette cause locale peut déterminer deux sortes de lésions :

- a) Une métrite fongueuse vulgaire ;
- b) Une métrite fongueuse du col avec allongement hypertrophique de cet organe.

Examinons quel est le traitement qui devra s'appliquer à ces cas différents.

I

MALADES CHEZ LESQUELLES LA CHLORO-ANÉMIE A PRÉCÉDÉ LES HÉMORRHAGIES.

Cette classe de malades sera passible d'un traitement presque exclusivement médical et qui consistera dans les indications suivantes destinées à relever l'état général.

L'alimentation sera surveillée ; les glycérophosphates, les toniques, fer et quinquina, associés aux purgatifs, réveilleront la nutrition générale et combattront avantageusement la chloro-anémie souvent si tenace.

Il faudra éviter à la malade toute fatigue physique et toute cause de chagrin.

L'hydrothérapie, les douches et les massages de la paroi abdominale ont donné des résultats inespérés.

Le séjour aux eaux thermales ou aux bains de mer sera très utile aux jeunes malades, mais il

conviendra de choisir judicieusement parmi les eaux thermales. Aux anémiées, on prescrira les eaux ferrugineuses et arsenicales, aux dyspeptiques, les eaux alcalines ou légèrement purgatives. Pour les névropathiques, on devra surtout s'attacher à ce que les eaux thermales jaillissent dans un site agréable, à une altitude peu élevée et où elles pourront facilement se distraire.

S'il existe de la douleur dans la région du ventre, elle sera soulagée par le port d'une ceinture abdominale. Les révulsifs appliqués sur l'abdomen sont sans grands effets.

La région génitale sera toujours d'une propreté minutieuse.

On surveillera étroitement les malades qu'on saurait avoir des habitudes vicieuses.

Dans les formes hémorrhagiques graves on ordonnera le repos absolu, des injections ou douches vaginales chaudes, le tamponnement.

Les injections au perchlorure de fer ne donnent pas de bons résultats et ont l'inconvénient d'être souvent septiques.

II

MALADES CHEZ LESQUELLES L'AFFAIBLISSEMENT EST CONSÉCUTIF AUX HÉMORRHAGIES.

Chez ces malades les hémorrhagies sont dues, comme nous l'avons dit, à une lésion locale de nature double :

- a) Métrite fongueuse vulgaire (Laroyenne) ;
- b) Métrite fongueuse du col avec allongement hypertrophique de cet organe (Frœlich) : D'où deux classes de malades.

Les malades de la 1^{re} catégorie, (a), seront soumises à un traitement d'abord médical, puis chirurgical.

Le traitement médical, chez elles, a bien son importance et, s'il est souvent insuffisant, il aide et favorise puissamment les bons effets de l'intervention chirurgicale lorsque celle-ci devient nécessaire.

L'état général de la malade, en effet, doit être relevé et maintenu satisfaisant.

A toutes les indications thérapeutiques que nous avons passées en revue plus haut, à propos du traitement médical de la chloro-anémie, nous ajouterons certains médicaments paraissant avoir une action élective et qui pourront être utilisés dans les formes hémorrhagies graves :

L'ergot de seigle, ou mieux l'ergotine, en dragées ou en injections sous-cutanées dans certains cas ; la digitaline, préconisée par Galland ; l'hamamalis virginica ; l'extract fluide d'hydrastis canadensis, expérimenté avec quelque succès par Pozzi.

Enfin, comme le conseille Villate de Penfeillhous, l'électrothérapie appliquée *in loco dolenti* produira une amélioration sensible.

Nous ne voulons pas laisser passer sous silence

certains cas de métrorrhagies de cause infectieuse dans lesquelles Comby a obtenu de bons succès. Il s'agissait d'une métrorrhagie compliquant une vulvo-vaginite. Des irrigations au permanganate de potasse à 1 0/0, des cautérisations au nitrate d'argent (solution à 1 p. 50), permirent de guérir rapidement et la vulvite et l'hémorrhagie. L'accident n'eut aucune suite fâcheuse.

Nous avons fait un court exposé de toutes les médications employées pour le traitement des hémorrhagies passées en revue jusqu'ici. Mais la liste en est encore plus longue, et il en est ainsi toutes les fois que le médecin n'a pas à sa disposition un traitement pouvant amener une guérison durable.

Aussi Scanzoni, qui ne connaissait pas le curetage, affirmait n'avoir jamais vu guérir un seul cas de métrite fongueuse chronique, maladie si longue et si rebelle à nos traitements, et Gallard pensait qu'on pouvait, à la rigueur, considérer les malades comme guéries quand elles voyaient disparaître l'hémorrhagie et les douleurs, bien que leur utérus eut encore une aptitude toute particulière à se laisser envahir de nouveau par l'inflammation.

En démontrant l'insuffisance d'une médication non interventionniste, sous l'influence de laquelle on comprendrait difficilement d'ailleurs que des fongosités puissent rétrocéder et disparaître, on reste généralement d'accord sur la nécessité d'une

intervention chirurgicale dans l'affection qui nous occupe.

Cette intervention consiste dans le curettage de l'utérus.

Ce traitement s'impose chez la vierge avec quelques indications spéciales sur lesquelles nous insisterons particulièrement.

Remarquons d'abord que le médecin a souvent beaucoup de difficultés à faire comprendre aux parents la nécessité de l'intervention et à vaincre leurs scrupules.

Dans une observation de la thèse de Latour, les parents préférèrent laisser succomber leur enfant que d'autoriser le chirurgien à intervenir.

Villate voudrait que dans ce cas le médecin donne à la famille un certificat de virginité. Mais il est pourtant possible de conserver à peu près intactes les apparences de virginité de la malade, demi-vierge physique en quelque sorte. Pour cela, le toucher devra être fait d'une manière spéciale.

La malade est placée debout, les cuisses rapprochées pour éviter la tension de l'hymen ; les mains reposent sur le dossier d'une chaise.

Les précautions antiseptiques de rigueur sont observées.

Le médecin doit aller directement avec le doigt enduit de vaseline boriquée et en suivant du dos de la main la face interne des cuisses jusque sur la fourchette.

L'hymen offre une certaine résistance que l'on

ne tarde pas à vaincre avec une légère pression et le doigt peut alors pénétrer dans le vagin jusqu'à la rencontre de l'utérus.

Villatte insiste sur ce point que le médecin ne doit pas hésiter et, par des tâtonnements ridicules, éveiller la susceptibilité génitale de la malade, ce qui pourrait lui donner des habitudes de masturbation.

Scanzoni, dans le même ordre d'idées, proposait le toucher rectal.

Il nous semble que l'examen suivant la méthode anglaise, la malade étant en décubitus latéro-abdominal, est encore celui qui conviendrait le mieux.

Le curettage ne pourra se faire sans anesthésier la malade. La dilatation sera lente et graduelle et on devra s'arrêter lorsqu'elle sera suffisante pour laisser passer la petite curette de Sims.

Laroyenne emploie les bougies d'Hegar n° 21 ou 24. Une fois il est allé jusqu'au n° 33.

Après l'abrasion, on touchera la cavité utérine avec un coton imbibé d'une solution de chlorure de zinc et eau en parties égales.

En résumé, ce curettage diffère peu de celui pratiqué pour les métrites de la femme en pleine activité sexuelle. Les résultats en sont également favorables.

Laroyenne, se guidant sur les symptômes fonctionnels décrits à propos des métrorrhagies des jeunes filles que nous avons en vue pour le moment, a pratiqué 8 fois le curettage utérin chez

des malades de cette catégorie, et voici quelles sont les conclusions du professeur de Lyon :

« C'est une intervention bien encourageante que ce curettage, puisque les prévisions relatives à la présence des fongosités se sont toujours réalisées.

« Le curettage guérit ces malades qui, si elles n'ont pas été traitées comme elles le méritent, entraînent une vie languissante. »

« D'autres, ajoute-t-il, prennent le dessus, et la maternité, qu'il n'est d'ailleurs pas plus facile au médecin de conseiller qu'à la malade d'accepter, en raison de ses pertes, finit par opérer la guérison. »

Chez les malades de la deuxième catégorie, (b) — métrite fongueuse du col avec allongement hypertrophique de cet organe — le traitement, d'emblée chirurgical, consistera en un curettage et l'ablation du col.

M. le professeur Frœlich, qui a fait, sur cette affection, une importante communication au dernier Congrès international de chirurgie à Paris en 1896, a opéré plusieurs jeunes filles atteintes de cette lésion.

Nous ne reviendrons pas sur le curettage déjà écrit.

Quant à l'ablation du col, cette opération peut se faire avec le bistouri, l'écraseur linéaire de Chassaignac, l'anse galvano-caustique ou le thermo-cautère.

Bouilly, et avec lui M. Froelich, préfère à ces derniers moyens l'emploi du ciseau ou du bistouri qui permet une réunion immédiate, supprime les escharres et les hémorrhagies secondaires et permet une véritable antisepsie de la région.

Voici son procédé opératoire :

Le vagin ayant été soigneusement désinfecté par des injections vaginales de sublimé au deux millième, le col est attiré et fixé par une pince de Museux. Une des branches d'une paire de ciseaux forts est introduite dans la cavité cervicale et le col est coupé latéralement de bas en haut jusqu'à son insertion vaginale de chaque côté. Il en résulte deux lambeaux représentant l'un la portion antérieure, l'autre la portion postérieure du col hypertrophié.

Le lambeau antérieur est coupé au bistouri d'avant en arrière, de la muqueuse vaginale vers la muqueuse cervicale ; le lambeau postérieur est coupé, au contraire, d'arrière en avant de la muqueuse cervicale vers la muqueuse vaginale. Il résulte de cette section deux lambeaux légèrement taillés en biseau faciles à affronter par leur surface saignante.

Des points de suture sont immédiatement appliqués sur les angles de la section avec une aiguille courbe et forte, ronde, ou avec l'aiguille de Reverdin. D'autres points sont appliqués profondément sur les lambeaux de manière à reconstituer le col recouvert de la muqueuse vaginale. L'orifice du

canal cervical est laissé libre et se trouve tapissé par la muqueuse. Celle-ci est suturée, à la manière d'Hegar, par trois ou quatre points de suture dirigés de la muqueuse cervicale vers la muqueuse vaginale, de manière à ce que l'orifice se trouve partout bordé par la muqueuse. Le fil de soie ou de catgut a l'avantage d'être abandonné ou d'être laissé longtemps en place ; le fil d'argent est plus facile à appliquer et à serrer, surtout si le col est élevé après la section ; il doit être enlevé au huitième jour.

L'hémorrhagie n'est pas inquiétante ; elle est modérée par l'injection d'eau chaude à 50 degrés et arrêtée par l'application des sutures des angles de la section.

C'est là un procédé opératoire à recommander et, de même que Laroyenne trouvait le curettage utérin encourageant et fertile en bons résultats, de même M. Frœlich, ainsi que le prouvent ses interventions, a pu constater que ce traitement était d'une efficacité et d'une bénignité remarquables.

Nous n'hésiterons donc pas à le conseiller toutes les fois que semblable intervention sera jugée nécessaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (D^r FRÆLICH).

Hémorrhagies de la puberté. — Hypertrophie du col avec fongosités. — Ablation du col. — Guérison.

S. M..., de Belfort, âgée de 16 ans. Orpheline élevée par des religieuses. Père mort avec des accidents pulmonaires. Mère morte à la suite de couches.

Est réglée depuis trois ans.

Les premières menstrues ont été très abondantes pendant dix jours, puis l'écoulement a diminué, mais sans tarir complètement pendant quatre semaines. A partir de ce moment il y eut absence de sang pendant cinq mois.

A cette époque, nouvelle hémorrhagie très abondante suivie d'un écoulement sanguinolent plus ou moins fort qui s'accrut de temps à autre au point de forcer la malade à garder le lit.

L'état général, d'abord excellent, s'est lentement détérioré : l'appétit est faible, le teint jaunâtre, les yeux cernés.

Le traitement institué fut d'abord reconstituant : on ordonna des injections chaudes vaginales et enfin de l'ergotine fut administrée.

Pendant deux ans cette médication n'amena aucune amélioration. Enfin on pratiqua des injections sous-cutanées hebdomadaires, puis bi-hebdomadaires, d'ergotine : mais ce traitement encore fut inutile.

En mai 1889, la malade entra dans le service de M. Heydenreich, à l'hôpital civil de Nancy, où nous la voyons.

C'est une jeune fille petite, amaigrie, le teint jaunâtre. Rien aux poumons ; rien au cœur ; urines normales.

Sur le ventre de nombreux trous ulcérés, faits comme à l'emporte-pièce, qui donnent à l'abdomen l'aspect d'une écumoire : ce sont les trous des injections d'ergotine absédées.

L'écoulement vaginal est abondant et intermittent : au speculum, le sang semble couler par saccades.

Au toucher, on trouve le col à quelques millimètres de la vulve ; il est ramolli, saignant au contact.

Le cathétérisme utérin donne une profondeur de la cavité de 15 centimètres, dimensions énormes.

M. Heydenreich se décide à pratiquer l'ablation de ce col extraordinairement allongé.

Ablation à l'écraseur. Une longueur de *sept* centimètres du col fut enlevée. Pas de curetage utérin.

A l'examen de la portion enlevée, nous constatons que le tissu est ramolli, la muqueuse fongueuse. Les fongosités sont très exubérantes, elles ont l'aspect néoplasique.

L'examen microscopique montre qu'elles sont simplement inflammatoires. Elles pénètrent profondément dans le tissu du col.

Pas de réaction inflammatoire.

Aucun écoulement ne se produit plus pendant six mois : puis les règles reviennent à intervalles normaux.

Trois ans après, M. Heydenreich eut des nouvelles de la malade : elle était en parfaite santé.

OBSERVATION II.

(Communiquée par M. le Professeur Agrégé FRÆLICH)

Hémorrhagies de la puberté. — Allongement hypertrophique du col.

X..., âgée de 14 ans, est présentée par ses parents à la consultation de l'hôpital civil de Nancy, en novembre 1891.

Petite fille pâle, bouffie, chlorotique.

Cet état serait survenu depuis des pertes de sang pour lesquelles on nous l'amène.

Le père et la mère sont bien portants.

X... est réglée depuis un an, mais irrégulièrement. Chaque époque dure de trois à cinq semaines, peu abondante à certains moments, hémorrhagique à d'autres. L'écoulement s'arrête pendant huit à quinze jours, puis reparait avec les mêmes variations.

Poumons normaux ; souffle anémique au cœur.

Au toucher rectal, je sens immédiatement en arrière de la vulve le col utérin ; la longueur de la matrice est très grande, le palper bimanuel ne parvient pas à la délimiter exactement. Le col semble non seulement allongé, mais augmenté d'épaisseur.

En introduisant l'extrémité du petit doigt dans l'ouverture de l'hymen, je sens, à deux centimètres environ, le col mollasse, fongueux et saignant.

Le cathétérisme n'est pas pratiqué.

Le traitement institué a été repos au lit et dragées d'ergotine.

Je conseille aux parents une opération qui n'est pas acceptée et je ne revois plus la malade.

OBSERVATION III

Communiquée par M. FRÆLICH.

Hémorrhagies de la puberté. — Allongement hypertrophique du col avec fongosités. — Ablation du col et curettage. — Guérison.

M. G..., de P. (Meurthe-et-Moselle), est âgée de 14 ans et demi.

Père et mère rhumatisants.

Depuis 8 mois les premiers écoulements menstruels se sont établis. Les premières règles ont été normales et ont duré quatre jours.

Mais à partir de l'époque suivante les pertes sanguines n'ont pas cessé. Tantôt l'écoulement est hémorrhagique et tantôt il s'agit d'un suintement rosé très odorant.

Le traitement a consisté dans l'ergotine en dragées et en solution; injections chaudes et, enfin, ovules à la glycérine sur le col, et repos au lit.

Tous ces traitements n'ont donné aucun résultat; et, au moment où nous la voyons, 7 juillet 1896, la malade est couchée depuis 6 semaines, perdant abondamment et ayant une vessie de glace sur l'abdomen.

La malade, dont l'état général était très bon, s'est affaiblie; elle est jaunâtre de teint, tousse un peu; mais rien d'anormal ni aux poumons, ni au cœur; pas d'albumine dans les urines.

Au toucher, qui est très facile à cause des injections chaudes pratiquées et des ovules introduits dans le vagin, nous constatons un col très allongé, très mollasse et fongueux; le corps de l'utérus est normal, les annexes sont sains.

L'hystéromètre marque 10 centimètres et fait saigner abondamment.

J'attribue ces hémorrhagies, comme dans les deux cas précédents, à l'hypertrophie du col et à la métrite fongueuse du col.

Je propose l'amputation du col, qui est acceptée.

Le 9 juillet, avec l'aide de mes confrères, les Docteurs Pilon et Renaud, de Nancy, je pratique le curettage et l'ablation du col.

L'utérus est très mou, avachi, pourrait-on dire ; les fongosités sont très abondantes, surtout exubérantes sur le col.

J'excise le col avec les ciseaux en enlevant la portion intra-vaginale de l'organe.

Pas de réaction inflammatoire.

Les hémorrhagies cessent immédiatement après l'intervention.

Quinze jours après, fort écoulement pendant deux jours. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis quatre mois, aucune hémorrhagie, *ni normale, ni pathologique*.

L'état général est devenu excellent et la guérison semble complète.

OBSERVATION IV, de H. HOBRE.

(Gazette médicale de Paris, 1858.)

Métrite interne blennorrhagique.

Jeune fille de 14 ans et 3 mois, chez qui l'évolution de la puberté se manifesta par des hémorrhagies non interrompues, et qui résistèrent à tout traitement.

La mort survint sans qu'on ait pratiqué l'examen de la malade.

À l'autopsie, on trouve un ramollissement remarquable de la muqueuse utérine, détachée en plusieurs points de la tunique musculaire.

Tissu pâle, cédant au contact du dos du scalpel. Nombreuses ecchymoses en plusieurs points. Pas d'érosions vasculaires ni de dilacérations.

OBSERVATION V, de WHITEHEAD.

(London medical Gazette, 1846.)

Jeune fille de 17 ans. Tempérament lymphatique. Très irritable.

Réglée à 13 ans, régulièrement pendant 4 jours. A la suite d'une chute dans la rue, ébranlement moral.

Apparition des règles 10 ou 12 jours après, précédées de langueur extrême, de frissons, de réaction fébrile.

Les pertes dégénèrent en hémorrhagies avec issue de caillots sanguins : au bout de 5 jours les pertes s'arrêtent d'elles-mêmes.

Affaiblissement,

A l'époque suivante, menstrues abondantes pendant 16 jours.

A l'époque suivante, hémorrhagie effrayante et mort par épuisement,

Autopsie : Utérus un peu plus volumineux qu'à l'état normal.

Col de l'utérus sain.

La surface interne présente des ouvertures visibles à l'œil nu, plus nombreuses et plus larges au fond près des cornes et près de l'isthme du col.

OSSERVATION VI, de DELCHÉ.

(*Gazette médicale de Paris*, 1885.)

Jeune fille de 15 ans, chétive, a eu une enfance malade.

Réglée à 13 ans normalement pendant 3 mois

A partir du 4^e mois, les règles deviennent plus rapprochées, plus abondantes, reviennent toutes les 3 semaines ou tous les 15 jours.

Soignée en vain, elle entre dans le service de M. Gallard à l'Hôtel-Dieu.

Au toucher, utérus volumineux, orifice dilaté, lèvre antérieure rugueuse, ulcérée, proéminente, pouvant en imposer pour un polype.

Au spéculum, l'ulcération se prolonge dans le canal cervical, le col est gros.

Badigeonnage au perchlorure de fer.

Irrigations froides. Pilules d'ergotine.

L'hémorrhagie continue. Nouveaux badigeonnages et digitale.

Injection intra-utérine de perchlorure de fer.

Les pertes ont cessé.

La malade a parfaitement guéri. Les règles sont régulières.

OBSERVATION VII (Thèse de LATOUR).

Métrite hémorrhagique datant de 18 mois. — Hémorrhagies profuses ; mort imminente ; curettage. — Cessation des hémorrhagies pendant 6 mois. —

Récidive. — Deuxième intervention. — Guérison définitive depuis 6 ans.

Claudine P..., née aux Sorbiers, âgée de 16 ans et demi, en paraissant 13 à 14.

Pas d'antécédents héréditaires ; antécédents scrofuleux dans l'enfance (engorgement ganglionnaire, ophtalmie).

Les hémorrhagies ont débuté il y a 18 mois, à l'âge de 15 ans, au moment de la deuxième époque menstruelle.

La première époque avait été normale.

Pendant 18 mois, la malade a perdu presque constamment, n'ayant guère que 6 à 8 jours de répit par mois.

Depuis 3 semaines l'hémorrhagie est plus abondante que jamais ; au dire de la mère, on l'a crue morte plus d'une fois.

Actuellement, le 3 janvier 1890, la malade est dans un état lamentable : d'une pâleur cadavérique, elle n'a plus la force ni de bouger, ni de parler.

Le poulx est petit, misérable.

Le moindre déplacement provoque une syncope.

Troubles de la vue. La malade distingue à peine les objets et les personnes qui l'entourent. La famille ne s'opposant point au curettage, intervention immédiate sans anesthésie.

Pendant l'opération, la malade ne fit aucun mouvement et ne manifesta aucune sensation douloureuse.

La curette amena une quantité énorme de fongosités blanchâtres, plus dures, plus consistantes que les fongosités rencontrées ordinairement dans les métrites. Elles rappelaient les fongosités des endométrites hémorrhagiques de la ménopause d'apparence sarcomateuse.

Tamponnement de la cavité utérine à la gaze iodoformée.

L'hémorrhagie ne se reproduit plus et, 15 jours après, la malade peut se lever.

Pendant 6 mois, elle put se considérer comme complètement guérie.

Les époques revenaient régulièrement tous les mois et ne duraient que 5 jours.

A la fin de juillet, les hémorrhagies reparaissent ; la malade entre dans le service de M. Blanc.

Deuxième intervention. L'anesthésie permet un curetage beaucoup plus minutieux.

Fongosités mollasses moins abondantes que la première fois. Ecouvillonnage à la solution de chlorure de zinc à 1/10. Mèche imbibée de même solution.

L'opérée quitte l'hôpital au bout de trois semaines. Revue à plusieurs reprises et tout récemment encore, elle nous dit que ses époques reviennent tous les mois, avançant ou retardant de quelques jours. Elles durent six jours en moyenne.

Pas d'hémorrhagie dans la période intermenstruelle, pas de pertes blanches, pas de douleurs abdominales.

Claudine P... est toujours un peu maigre et chétive pour son âge.

En résumé, depuis la deuxième intervention, c'est-à-dire depuis six ans, elle est complètement guérie.

OBSERVATION VIII (Thèse de LATOUR).

Métrite hémorrhagique fongueuse. — Curetage et guérison.

Anaïs G..., âgée de quinze ans, née à Saint-Etienne, Salle Sainte-Germaine (Hôtel-Dieu de Saint-Etienne). Pas d'antécédents héréditaires.

Signes de scrofule, ophthalmie, ganglions cervicaux engorgés.

Réglée depuis un an. Les premières règles sont normales comme durée et quantité.

A la deuxième époque, pertes abondantes et continues jusqu'à ce jour (22 janvier 1895). La perte ne s'est arrêtée que quinze jours. Plus abondantes à l'époque des règles, les pertes s'accompagnent quelquefois de douleurs abdominales.

Anémie assez marquée. La malade est pâle, les muqueuses sont décolorées. Elle se plaint de vertiges et d'oppression au moindre effort. Elle a été obligée de suspendre tout travail.

Ne paraît pas plus de dix ans.

Opérée le 23 janvier. L'utérus est mou, facilement dilatable et mesure 7 centimètres à l'hystéromètre.

La curette ramène une quantité de fongosités blanchâtres dures et résistantes, criant sous l'instrument.

Ecouvillonnage à la glycérine créosotée au tiers.

Au bout de quinze jours, la malade sort complètement rétablie.

OBSERVATION IX (D^r BLANC).

Jeune fille de quinze ans, réglée depuis six mois.

Les pertes, continues dès la première apparition des règles, ont résisté à de nombreux traitements (fer, ergot de seigle, hydrastis canadensis, injections chaudes, etc.

Anémie profonde. Malade absolument exsangue. La famille ne permit pas même de faire un tamponnement de la cavité utérine à la gaze iodoformée sous le prétexte que toutes les manœuvres pourraient faire tort plus tard à la jeune fille.

La malade mourut huit jours après.

OBSERVATION X (D^r BLANC).

Jeune fille de quatorze ans, bien développée et d'apparence robuste.

Règles normales jusqu'à la troisième époque menstruelle.

Depuis, hémorrhagies continues, moins abondantes dans la période intermenstruelle avec recrudescence marquée aux époques.

Cet état dure depuis six mois.

La malade était un peu anémiée. M. Blanc ne crut pas devoir différer l'intervention.

La curette ramène en quantités des fongosités gris blanchâtre, mollasses, peu résistantes.

Un an après, la malade se dit complètement rétablie. Les époques sont régulières et durent de quatre à cinq jours.

OBSERVATION XI (LAROYENNE).

Marguerite M..., salle Sainte-Marie (La Charité).

Agée de quinze ans et demi.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Aucun signe d'anémie ou de chlorose.

Réglée à quatorze ans, depuis un an et demi la menstruation est irrégulière.

Les règles durent deux ou trois jours, peu abondantes, et parfois manquent pendant deux ou trois mois; souvent douloureuses. Pas de pertes blanches.

En janvier 1896, sans cause apparente, peut-être à l'occasion du froid, la malade, qui n'avait pas vu ses

règles depuis deux mois, commence à perdre en petite quantité. Ses pertes sont continues avec quelques moments de répit jusqu'au mois de mars, moment où la malade entre à l'hôpital.

Elle a perdu ses forces ; a peu d'appétit. Les digestions sont lentes et pénibles,

L'état général est relativement bon. Pas de chloro-anémie.

Examiné le 14 mars, l'utérus est en position normale avec une légère antéflexion. L'hymen, assez extensible, permet la dilatation du col et l'introduction de la curette.

On ramène de nombreuses fongosités.

La malade est revue le 14 mai. Les règles, normales, durent de deux à trois jours.

Pas d'hémorrhagies intermenstruelles, ni de douleurs. La malade a repris ses occupations.

OBSERVATION XII (Thèse de LATOUR)

Marie M..., salle Sainte-Marie, âgée de seize ans et demi.

Pas d'antécédents morbides.

Réglée pour la première fois à treize ans, les règles n'apparaissent point pendant sept mois ; puis recommencent, mais irrégulières comme époque et quantité.

Pas de pertes pendant les mois de novembre et décembre. En janvier dernier, les règles trop abondantes ont été combattues avec succès par l'ergotine.

Le 16 avril, nouvelle perte pendant huit jours. La malade attendait ses règles vers le 4 avril.

Sang rose, peu abondant, pas de caillots. Arrêt de huit jours.

Vers la fin d'avril les pertes reparaissent pour durer jusqu'à présent (10 mai 1896).

L'hymen peu déchiré présente une intégrité relative. Au toucher, le col est un peu mou.

L'utérus mesure 7 cm. 1/2 à l'hystéromètre. Légère antéflexion.

Dilatation avec les bougies de Hegas assez facile jusqu'au n° 33.

On ramène une assez grande quantité de fongosités grisâtres, déchiquetées.

Le 20 mai, la malade sort guérie et n'a plus de métrorrhagie.

CONCLUSIONS

I. — Les métrorrhagies des jeunes filles à l'époque de la puberté, s'observent chez deux catégories de malades.

II. — Les unes sont chlorotiques et anémiées au moment où la menstruation s'établit : la cause débilitante précède l'hémorrhagie.

III. — Chez d'autres, au contraire, l'affaiblissement est consécutif aux hémorrhagies et celles-ci sont dues à une lésion locale.

IV. — Cette lésion peut être une métrite fongueuse vulgaire, ou bien une métrite fongueuse localisée au col avec allongement hypertrophique de cet organe.

V. — Ces fongosités se développent sous l'influence d'infections microbiennes et de causes secondaires : masturbation, traumatisme, exercices physiques violents, etc.

VI. — Le tableau clinique de cette affection ne diffère de celui de la métrite fongueuse de la femme en pleine activité sexuelle que par l'apparition

caractéristique de cette affection à l'époque de la puberté.

VII. — Les malades de la première catégorie sont passibles d'un traitement médical (toniques. hydrothérapie, eaux thermales, injections chaudes, hydrastis, etc.).

VIII. — Dans l'autre classe de malades, le traitement médical est un auxiliaire précieux, mais infidèle, et doit céder le pas à un traitement chirurgical.

IX. — Selon la lésion, celui-ci consistera en un curettage utérin simple ou en un curettage combiné avec l'ablation du col, le tout suivi d'un écouvillonnage au chlorure de zinc.

X. — Par ce traitement efficace et bénin, la guérison est définitive et la femme, plus, conserve l'intégrité de ses fonctions génitales.

Vu :

Nancy, le 30 Novembre 1896.

Le Président de la thèse,

A. HEYDENREICH.

Vu

et permis d'imprimer,

Nancy, le 30 Novembre 1896.

Le Recteur,

A. GASQUET.

BIBLIOGRAPHIE

- BENNETT. — Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, Londres 1849 et Paris, 1850.
- BOUTON. — De la métrite virginale (Thèse de Paris, 1887).
- DALCHÉ. — Gazette médicale de Paris, 1885.
- WHITEHEAD, — London médical gazette, 1846.
- OBRE. — Gazette médicale des hopitaux, Paris, 1885.
- GALLARD. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes, Paris, 1879.
- S. POZZI. — Traité de gynécologie, Paris, 1892.
- LAROYENNE. — Lyon médical, juin 1896.
- BOULLY. — Encyclopédie internationale de chirurgie, tome VII, 1888.
- P. SEGOND. — Encyclopédie internationale de chirurgie, tome VII, 1888.
- L. POISSON. — Encyclopédie internationale de chirurgie, tome VII, 1888.
- A. LATOUR. — De la métrite hémorrhagique fongueuse chez la vierge (Thèse de Lyon, 1896).
- VILLATE DE PEUFEILLOUX. — Etude sur la métrite chez les vierges et les nullipares (Thèse de Paris, 1895).
- DENIS. — Du toucher intra-utérin (Thèse de Lyon, 1896).
- FLUTWOOD CHURCHILL. — Traité pratique des maladies de femmes, troisième édition, Paris, 1881.

- ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus.
- BARDET. — Thèse de Paris, 1883.
- COMBY. — Abeille médicale, n° 44.
- HUGUIER. — Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus (Mémoires de l'Académie de médecine, 1859).
- HEGAR ET KALTENBACH. — Traité de gynécologie opératoire, traduction de la deuxième édition, par P. Bar. Paris, 1885.
- LAWSON-TAIT. — Maladies des ovaires.
- SCANZONY. — Krankheiten der Weiblichen Sexualorgane.
- V. DUSCH. — Über die infectiose Kolpitis Kleines Mädchen, Deutsche Méd. Wochenschr, 1888, n° 41.
- F. SPACTH. — Münchener, Méd. Wochenschr, 28 mai 1889.
- POTT DE HALLE. — Congrès gynéc. de Halle, in Centr. f. Gyn. 1888, n° 26.
- PROCHOWNICK. — Congrès gynéc. de Halle, in Centr. f. Gyn. 1888, n° 26.
- FROCLICH. — Mémoire lu au Congrès international de chirurgie à Paris 1896.
-

